EXCHANGE
DUPLICATE

# MÉMOIRE

SUR LES

# LUXATIONS DE LA CLAVICULE.

par
St. A. P. Baradue,
Docteur en Médecine.

Paris,
1842.

IMPRIMERIE DE M^me V^e BOUCHARD-HUZARD, RUE DE L'ÉPERON, 7.

# MÉMOIRE

SUR LES

# LUXATIONS DE LA CLAVICULE.

Nuda veritas.

Je ne m'arrêterai pas à décrire la configuration des surfaces osseuses, qui concourent à la formation des articulations sterno- et acromio-claviculaires. Le but que je me propose sera atteint si, après avoir démontré l'existence de certaines luxations mises en doute par quelques auteurs ou niées formellement par d'autres, je parviens à prouver que les moyens contentifs, adoptés jusqu'à ce jour, ont été presque complétement inefficaces, ou d'un mécanisme beaucoup trop compliqué pour qu'on puisse y avoir recours au moment où le besoin s'en fait sentir.

Ce travail étant essentiellement pratique, nous ne nous bornerons pas à signaler l'insuffisance des moyens chirurgicaux dans le traitement des luxations de la clavicule; mais nous ferons nos efforts, non

pour modifier, mais bien pour rendre parfaits les résultats du traitement de ces affections.

Le principe sur lequel repose le mécanisme de l'appareil que nous publions est d'une vérité incontestable; l'appareil lui-même, très-simple et d'une application facile, peut être partout improvisé.

Mais avant de faire connaître les faits qui nous sont propres, jetons un coup d'œil rapide sur les opinions émises par des chirurgiens tels que Desault, Boyer, M. Astley Cooper, etc., et tâchons ensuite de nous soustraire, pour un moment, à l'influence de ces hautes réputations, afin de donner notre libre opinion.

On lit dans l'ouvrage de Desault, publié par Bichat, les détails qui suivent sur les luxations de la clavicule.

« Peu de luxations se réduisent aussi vite, mais peu se déplacent plus facilement que celles de la clavicule; disposition inverse des autres maladies de ce genre, qui, à l'opposé des fractures, se replacent avec peine, mais ensuite ne se dérangent que rarement. On en trouve la raison 1° dans l'extrême mobilité de la clavicule, à laquelle tous les mouvements du bras se communiquent; 2° en ce que la plupart des muscles qui s'insèrent vers l'épaule tendent à porter cet os en dedans, lorsque les ligaments rompus ou distendus, comme il arrive ici, ne lui opposent pas une suffisante résistance.

« De cette double cause de déplacement résulte, dans les détails de l'appareil, une double indication :

« 1° Rendre immobile la clavicule, en empêchant

toute espèce de mouvement à l'épaule et au bras; 2° retenir l'extrémité de la clavicule en dehors, sens opposé à celui dans lequel elle tend à se déplacer.

« Or, en comparant cette indication aux appareils jusqu'ici destinés à la remplir, il est facile de sentir leur insuffisance.

« Le 8 de chiffre, si généralement en usage, et tous les modes, infiniment variés, sous lesquels on le reproduit, sans le corriger, fixent la clavicule, dans le sens le plus favorable au déplacement, et même de la manière dont il est quelquefois opéré. Ils ne préviennent point les mouvements de l'épaule, parce qu'ils n'empêchent pas ceux du bras, qui reste libre et que rien ne retient. Loin de représenter une puissance antagoniste de celle qui contribue au déplacement, ils agissent dans le même sens.

« Bell, en désapprouvant le 8 de chiffre, moins parce que son action est insuffisante, que parce que, selon lui, il gêne la respiration, propose de lui substituer une espèce de machine semblable à la croix de fer de Heister, et qui, fixée par des courroies sous l'aisselle, autour du cou et du tronc, retiendrait solidement toutes ces parties. Mais la mobilité non empêchée du bras, l'action des muscles de l'épaule non combattue par une puissance passive opposée, rangent ce moyen dans la classe de ceux qui, n'étant point calculés sur les causes du déplacement, ne sauraient entrer dans une pratique rationnelle.

« L'appareil à extension continuelle, imaginé par Desault, pour la fracture de la clavicule, remplit

ici toutes les indications auxquelles les autres ne sauraient satisfaire.

« Par lui, 1° le bras, solidement fixé contre le tronc par la bande, ne peut communiquer à l'épaule ni à la clavicule aucun mouvement.

« 2° L'épaule elle-même, fortement tirée en dehors avec la partie supérieure de l'humérus, au moyen de l'espèce de levier que celui-ci représente, et dont le coussin est le point d'appui, ne peut, par ses mouvements propres, déranger l'os luxé. 3° L'extrémité sternale, tirée et par les muscles qui tendent à la déplacer en dedans, et par le bandage qui la porte en sens opposé, demeure fixe entre ces deux forces opposées qui se détruisent; d'où il suit que l'appareil de Desault, lorsqu'il est exactement appliqué, offre à chaque puissance de déplacement une résistance exactement calculée sur elle.

« Convenons, cependant, qu'il partage un inconvénient commun à tous les bandages, et qui même lui est spécialement applicable. Vu le nombre considérable de tours de bande d'où il résulte, c'est la facilité très-grande qu'il a à se relâcher. De là une cause de déplacement que n'évite quelquefois pas l'attention la plus exacte et la plus scrupuleuse.

« Observation I. Desault a soigné pendant longtemps un homme dont la luxation, négligée pendant quatre jours, avait été réduite le cinquième par un chirurgien qui, pour la maintenir, employa une espèce de spica. Une heure après, un mouvement de l'épaule en arrière déplaça l'extrémité luxée, nou-

velle réduction; le lendemain, nouveau déplacement, et ainsi de suite pendant une dizaine de jours, au bout desquels Desault, consulté, placa l'extrémité du côté malade dans le bandage précédemment décrit.

« Examinées le lendemain, les pièces furent trouvées en bon état; le surlendemain, léger déplacement; alors nouvelle application du bandage, qui, cette fois, contint plus longtemps; mais au bout de trois jours il y eut encore une saillie considérable. Enfin le malade ne guérit qu'avec une tumeur très-sensible au devant du sternum, et une gêne des mouvements très-grande dans les premiers temps, moindre ensuite, et que l'exercice a fini par dissiper presque entièrement. »

Ainsi Bichat, après avoir donné la préférence au bandage de Desault, parvient lui-même à en démontrer l'insuffisance; mais, outre les inconvénients cités par le célèbre anatomiste, il en est d'autres qu'il ne signale pas parce qu'ils sont en quelque sorte accessoires aux premiers. Je veux parler de la douleur vive et souvent insupportable que le coussin axillaire fait éprouver aux malades. Aussi les voit-on souvent arracher eux-mêmes leur appareil. L'incommodité inévitablement occasionnée par le bandage de Desault, dans le traitement des luxations de la clavicule, disparaît complétement dans le traitement de ces mêmes affections par le bandage que je publie.

Mais écoutons encore Bichat :

« L'application de l'appareil pour la luxation ne diffère de celui de la fracture de la clavicule qu'en ce

qu'il est avantageux de placer sur l'extrémité luxée des compresses graduées, destinées à la repousser en arrière et en dehors, et assujetties par des tours de bande.

« Une seconde précaution, non moins essentielle, c'est de porter un peu en avant, et de fixer dans cette direction, le bout huméral de la clavicule, afin que le sternal, dirigé en arrière, l'éloigne de l'endroit par où elle a de la tendance à s'échapper.

« Desault a presque toujours obtenu des succès complets par ce procédé, et par les soins les plus exacts, pour empêcher le relâchement du bandage. Cependant une gêne, toujours plus ou moins considérable, reste dans l'articulation longtemps après la réduction, et ce n'est souvent qu'au bout d'un mois ou deux que la liberté des mouvements est entièrement rétablie.

« Les observations suivantes, recueillies par Brochier, confirment la doctrine que je viens d'établir. »

Observation II. Un homme se luxe la clavicule en tombant sur le moignon de l'épaule porté en arrière; à l'instant on le transporte à l'Hôtel-Dieu, où Desault fait voir à tous les élèves que la tête de l'os, portée au devant du sternum, est à peu près à un pouce de sa cavité naturelle, dont sans doute, elle avait rompu les ligaments.

Ici, comme dans la fracture de la clavicule, l'application du bandage sert de réduction, et fait disparaître la saillie que formait l'extrémité de l'os.

Le malade, fort et vigoureux, qui d'ailleurs avait

éprouvé une forte contusion, est saigné deux fois et mis à la diète. Le lendemain rien de dérangé. Le quatrième jour, léger déplacement de l'os; bandes un peu relâchées; nouvelle application du bandage. Le huitième jour, gonflement autour de l'articulation; compresses imbibées d'eau végéto-minérale souvent renouvelées dessus. Le vingtième, gonflement presque disparu, aucune tendance au déplacement; appareil supprimé : mouvements d'abord difficiles et gênés; le vingt-neuvième, plus libres et plus faciles; le trente-quatrième, revenus à leur état naturel.

Obs. III. Marie Rivert se luxe la clavicule, le 7 janvier 1789; amené quelque temps après l'accident à l'Hôtel-Dieu, il est traité comme le malade précédent, et on obtient le même résultat, à la différence près d'une saillie très-peu sensible de l'extrémité de l'os et d'une gêne un peu prolongée dans les mouvements. Desault citait, dans ses leçons, d'autres exemples de guérison obtenue sans nulle difformité.

« Au reste, le moyen ci-dessus proposé n'aurait-il que l'avantage de diminuer cette saillie de l'os, souvent presque inévitable, d'empêcher, par conséquent, la gêne des mouvements, ce serait sans doute un grand pas vers la guérison.

« Si la pratique offrait une luxation en arrière, même procédé de réduction, avec cette modification qu'il faudrait tirer en avant et en dehors; même appareil pour contenir les parties, à cette différence près que l'extrémité humérale devrait seulement être dirigée un peu en arrière, afin que la sternale,

portée en avant, s'éloigne où la capsule a été rompue.

« De même, si l'os était luxé en haut, il faudrait fixer le bras en dehors et élever un peu le bout huméral pour baisser le sternal. »

Dans le bandage de Desault, un coussin axillaire est indispensable et sert, en quelque sorte, de base ou de point d'appui à tout l'édifice. C'est sur ce coussin que le bras bascule pour entraîner l'épaule et placer les surfaces osseuses dans leurs rapports, et c'est aussi sur lui que Desault comptait pour maintenir l'épaule éloignée du tronc et les parties dans l'état que nous venons d'indiquer. Mais bientôt ce coussin s'affaisse, et la base cédant, tout l'édifice croule ; c'est, en effet, par le seul affaissement du coussin axillaire que tout le bandage se relâche, et non, comme le dit Bichat, à cause du grand nombre de tours de bande qui composent l'appareil.

J'ai toujours vu que, dans un bandage bien appliqué, le nombre des tours de bande, au lieu de nuire à la solidité de l'ensemble, augmente réellement cette solidité ; je ne suppose même pas que cette assertion puisse être contestée.

On comprendra facilement que notre bandage remplisse exactement le but que l'on désire atteindre, quand on réfléchira que son mécanisme, excessivement simple, n'admet rien d'inutile dans son application. Ainsi le coussin de Desault est rejeté, et la luxation, qu'elle soit sterno-claviculaire ou acromio-claviculaire après avoir été réduite, reste maintenue dans cet état au

moyen du bandage et par l'intermédiaire de la clavicule sur laquelle porte son action principale. Placée comme un arc-boutant entre le sternum et l'acromion, la clavicule prévient le rapprochement de ces deux os et remplit, par ce mécanisme, le but que Desault se proposait par l'usage de son coussin, celui de tenir l'épaule éloignée du tronc. Ce résultat ne peut être obtenu qu'autant que la clavicule reste maintenue dans ses rapports normaux avec les os avec lesquels elle s'articule. Ainsi, dans l'application de ce nouveau bandage, les luxations de la clavicule sont maintenues réduites par l'intermédiaire de la clavicule elle-même. Aux avantages indiqués nous pouvons ajouter qu'une puissance presque indépendante du bandage *cubito-claviculaire* reste entre les mains du chirurgien ou de la première personne qui sait dénouer et refaire un nœud ; au moyen de cette puissance on augmente à volonté le degré de pression. Enfin le malade se lève, marche et supporte sans douleur le bandage que nous proposons de substituer à celui de Desault, et que nous offrons comme un sûr garant contre les difformités semblables à celles citées par Bichat.

Boyer dit (page 157 du IVe volume de son *Traité des maladies chirurgicales*) :

« Les auteurs ont généralement décrit, plutôt comme possibles que comme démontrées, trois espèces de luxations de l'extrémité interne de la clavicule : une en devant, une en arrière, une en haut ou en dedans. La luxation en bas est la seule qui leur

ait paru impossible. Cependant, si l'on recherche les faits sur lesquels cette doctrine repose, on trouvera que la luxation en devant est la seule dont on puisse citer des exemples authentiques. Ce résultat de l'observation s'accorde avec ce que nous venons de faire remarquer sur la disposition des parties, et d'où il suit évidemment que la luxation en bas et celle en haut peuvent être considérées comme impossibles, et que celle en arrière doit être extrêmement difficile, à moins d'une contusion très-violente portée directement sur l'extrémité de la clavicule. »

M. Melier rapporte l'exemple suivant de luxation de la clavicule, et nous croyons devoir citer ici l'observation dans tous ses détails pour compléter le cadre que nous formons des luxations de cet os, mais surtout à cause de l'intérêt que présente l'observation.

« Une petite fille de quatre ans était endormie dans un cabriolet, sur les genoux de son père, lorsqu'une diligence, marchant en sens contraire, accrocha rudement ce cabriolet et faillit le renverser. La secousse fut si forte, que l'enfant, éveillée en sursaut, eût peut-être été jetée à terre si on ne l'eût retenue par le bras. On attribua d'abord à la frayeur les cris qu'elle fit entendre, l'enfant elle-même ne se plaignait d'aucune douleur pendant les premiers jours et continua de se livrer à ses jeux; on remarquait seulement qu'elle se servait du bras gauche avec moins de facilité, et qu'elle paraissait souffrir quand on l'enlevait en la prenant sous les aisselles. Bientôt après on

aperçut une saillie très-prononcée à la partie supérieure de la poitrine. Cette saillie n'est autre chose que l'extrémité interne de la clavicule luxée en avant, ainsi qu'il me fut facile de le reconnaître au premier examen.

« Il y avait déjà huit jours que cet accident avait eu lieu lorsque je fus consulté. La tête de la clavicule, ayant complétement abandonné la facette articulaire du sternum, appuyait sur la partie antérieure de cet os et formait une saillie grosse comme la moitié d'une noix environ, mobile, indolente, sans rougeur, et beaucoup plus prononcée dans certains mouvements. Cette saillie disparaissait facilement, si, d'une main appliquée à la partie interne et supérieure du bras, je tirais l'épaule en dehors, tandis qu'avec le pouce de l'autre main je pressais sur la tumeur elle-même ; mais elle reparaissait dès que ces efforts cessaient. Complétement méconnue, cette luxation avait été abandonnée à elle-même, ou n'avait gêné en rien les mouvements de l'enfant, qui, à la vérité, paraissait peu souffrir. Il était évident, cependant, que les ligaments avaient été déchirés, puisque la clavicule, chevauchant sensiblement sur le sternum, jouissait de cette nouvelle place, d'une mobilité remarquable.

« Sentant tout de suite l'impossibilité d'appliquer avec quelque fruit un bandage ordinaire sur un enfant vif et sans cesse en mouvement ; connaissant d'ailleurs l'insuffisance généralement avouée de ce moyen, je proposai d'avoir recours à un appareil mé-

canique. Sans s'y refuser, les parents voulurent, avant tout, réunir d'autres avis. MM. Marjolin, Dubois et Boyer furent consultés successivement et constatèrent l'existence de la luxation. Ils s'accordèrent à penser que l'on ne pouvait pas espérer une guérison sans difformité, et que les moyens que l'on emploierait n'auraient d'autres effets que de favoriser la consolidation des os dans leurs nouveaux rapports et de s'opposer à un plus grand déplacement. J'avais exprimé la même opinion dans une note à consulter remise aux parents, note dans laquelle je proposais toutefois un bandage mécanique. Ces messieurs, sans le désapprouver en lui-même, pensèrent que l'on devait se borner à l'emploi des bandes ou même d'une simple écharpe. Ces moyens furent, en effet, tentés avec tous les soins convenables; mais, chaque matin, on trouvait l'appareil dérangé et le déplacement reproduit. Dès lors on se décida à employer l'appareil mécanique que j'avais d'abord proposé et sur lequel, je l'avoue, je n'osais pas beaucoup compter : le succès a véritablement passé mes espérances. »

Nous ne pouvons passer sous silence la description du bandage employé par M. Melier; nous la donnons telle que nous la fournissent, en note, les traducteurs d'Astley Cooper.

Cet appareil se compose :

« 1° Du bandage de Desault, pour la clavicule, tel, ou à peu près, qu'il a été modifié par Boyer ;

« 2° D'un compresseur mécanique ajouté au bandage précédent. Trois pièces principales entrent dans

sa composition, une espèce de cadre, un ressort et une pelote.

« Le cadre formé par la réunion de plusieurs lames minces de fer doux, recouvertes en peau, est cousu à la partie postérieure de la ceinture, à l'endroit correspondant aux épaules qu'il embrasse. Il est spécialement destiné à offrir un point d'appui fixe et solide au ressort. Il remplit, en outre, une indication très-importante.

« Le ressort, en acier trempé, forme à peu près les trois quarts d'un cercle. Son extrémité postérieure est attachée au cadre, l'antérieure supporte la pelote. Passant, comme une espèce de brayer, au-dessus de l'épaule, mais sans y toucher, il se termine au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, sur laquelle il appuie de toute la force de son élasticité. Il est composé de deux et au besoin de trois lames superposées; un bouton à double tête, ou valet-à-patin, glissant dans une coulisse, permet de rapprocher ces lames ou de les éloigner à volonté, et par conséquent de graduer la pression. Ce ressort étant uni au cadre, au moyen d'une vis à tête, on peut facilement l'incliner à droite ou à gauche; on peut aussi en allonger ou en raccourcir l'arc à la faveur de plusieurs trous placés à l'extrémité postérieure de chaque lame. Pour plus de propreté, il est reçu dans une gaîne en peau, ouverte au niveau de la coulisse.

« La pelote s'unit à l'extrémité antérieure du ressort au moyen d'une vis en tête. La courbure et l'inclinaison du ressort sont telles que la pelote se trouve

dirigée d'avant en arrière, de bas en haut et de dedans en dehors. Trois courroies, cousues à la pelote, se rendent, en rayonnant, à autant de boucles attachées sur divers points de la ceinture, et assurent invariablement la compression. Une bride et un petit gousset tiennent l'avant-bras fléchi et la main dans l'immobilité. »

Le bandage de M. Melier a, sans aucun doute, produit un résultat très-satisfaisant, puisque l'auteur avoue que le succès a dépassé ses espérances; mais il est à regretter que le mécanisme de ce bandage soit aussi compliqué et que ses moyens d'exécution ne se trouvent pas à la portée de tout le monde.

A l'article luxation de la clavicule en arrière, page 74 de la traduction des œuvres chirurgicales, Astley Cooper s'exprime ainsi : « Jamais je n'ai vu la luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule produite par une violence extérieure; cependant elle pourrait être déterminée par un coup porté avec beaucoup de force sur la partie antérieure de cet os. »

Plus loin le même auteur rapporte l'observation suivante, qui lui fut communiquée par MM. Davie, de Bungay, et Henchman Crowfoot.

« Miss Loffly était atteinte d'une déformation du rachis. Par suite des progrès de cette difformité, le scapulum fut porté peu à peu en avant et fit chevaucher l'extrémité interne de la clavicule derrière la partie supérieure du sternum, de manière à comprimer l'œsophage et à rendre la déglutition très-difficile.

La difformité et l'émaciation étaient poussées à un très-haut degré, lorsque M. Davie conçut l'idée d'enlever l'extrémité interne de la clavicule, et de soustraire ainsi la malade à une mort imminente. Il fit sur l'extrémité interne de la clavicule, et parallèlement à son axe, une incision de deux à trois pouces; il divisa toutes les connexions ligamenteuses environnantes, aussi loin qu'il put les atteindre; puis il réséqua l'extrémité de l'os à un pouce de sa surface articulaire, et pour éviter toute lésion des parties voisines, il placa une lame de cuir battu au-dessous de l'os pendant qu'il en faisait la section. Il eut recours dans cette opération à la scie de Scultet (appelée souvent scie de Hey). Quand la section de l'os fut complète, il essaya de détacher le fragment interne; mais celui-ci était fortement retenu par le ligament inter-claviculaire. Il fut obligé de rompre ce ligament, en se servant du manche d'un scalpel à la manière d'un levier. La plaie se cicatrisa sans accident, et la déglutition redevint facile. La malade vécut encore six ans après l'opération et recouvra de l'embonpoint. Je n'ai pas été instruit de la cause de sa mort. »

L'observation suivante de luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule a été publiée par M. Bellieux, dans la *Revue médicale* (août 1834, pag. 161).

«Un homme âgé de 42 ans fut renversé par son cheval qui venait de s'abattre et sous lequel il se trouva pris de telle manière, que ses deux épaules furent por-

tées en avant. Voici quels étaient les symptômes que présenta la luxation de la clavicule gauche : l'extrémité sternale de l'os était repoussée en arrière et abaissée, une dépression manifeste existait au niveau de l'articulation sterno-clavicULaire; on avait beaucoup de peine, même en pressant assez fortement, à reconnaître l'extrémité interne de la clavicule dans cette dépression : la clavicule présentait une obliquité opposée à celle qui lui est naturelle. La tête et le cou n'offraient aucune inclinaison sensible. Dans l'immobilité et dans l'absence de toute pression, aucune douleur ne se faisait sentir, tandis que la plus légère pression sur la moitié latérale gauche du cou en déterminait une extrêmement vive. Cette même pression était tout à fait insupportable à l'endroit de la dépression sterno-clavicULaire, tandis qu'au-dessous elle ne causait aucune douleur. Les mouvements de rotation de la tête, soit à gauche, soit à droite, ne s'opéraient qu'avec gêne et avec un peu de douleur; le malade les évitait et ne les exécutait qu'avec lenteur et en tournant un peu le tronc, ce qui lui donnait l'aspect particulier de roideur qu'on remarque toutes les fois que les mouvements du cou sont douloureux. Les mouvements du bras gauche étaient faciles ; la main s'élevait jusqu'au niveau de la tête, mais le malade n'exécutait ce mouvement qu'avec précaution. Si, au contraire, ce mouvement était exécuté avec précipitation, s'il était poussé un peu trop loin et s'il avait pour objet de fournir un point d'appui, une vive douleur se faisait sentir dans toute la partie la-

térale gauche du cou, et principalement dans le lieu du déplacement. Le malade ne pouvait quitter la position horizontale sans le secours d'un aide ; ses essais pour s'asseoir sur son lit étaient brusquement interrompus par la douleur vive qu'ils lui faisaient éprouver ; il ne pouvait se mettre sur son séant qu'en saisissant les mains d'une personne placée au pied du lit. Lorsqu'il remuait, il croyait quelquefois entendre un bruit sourd comme celui qui aurait résulté du frottement de deux surfaces osseuses. La déglutition était peu difficile et terminait une légère douleur qui se propageait jusqu'à l'oreille.

«Au moment de la réduction, un coussin ayant été placé sous l'aisselle, lorsqu'on poussa le coude en dedans et en avant pour attirer la clavicule en dehors, le malade éprouva une douleur vive au côté gauche de la poitrine : cette douleur tenait à une fracture de la partie moyenne de la sixième côte.

«D'une main portée sous l'aisselle du malade, tirant aussi fortement qu'il me fut possible la partie supérieure du bras en dehors, et de l'autre en poussant vigoureusement le coude en dedans, je fis faire à l'humérus un mouvement de bascule en vertu duquel l'épaule entraîna la clavicule en dehors. J'avais soin en même temps d'abaisser fortement l'épaule, espérant dégager plus aisément l'extrémité sternale de la clavicule en faisant agir cet os à la manière d'un levier du premier genre qui aurait eu son point d'appui sur la première côte : ces tentatives n'amenèrent qu'une réduction incomplète. Je fis alors placer, entre

le tronc et le haut du bras du côté malade, le milieu d'un lacs dont les extrémités furent dirigées en dehors, l'une en avant, l'autre derrière le bras, et confiées à un aide chargé de tirer le haut du membre, et par conséquent l'épaule en dehors et un peu en arrière. Le milieu d'un autre lacs fut placé en dehors du coude, et les extrémités en furent ramenées devant et derrière la poitrine et remises entre les mains d'un autre aide chargé d'empêcher le coude d'obéir à l'action du premier lacs, partie de la contre-extension à laquelle concourait un troisième aide, en soutenant le haut du corps pour éviter qu'il ne fût entraîné du côté malade. Ainsi exécutées, l'extension et la contre-extension remplirent parfaitement leur objet, et la clavicule recouvra sa place assez exactement pour que son articulation sternale reprît presque totalement l'aspect qui lui est propre. Je plaçai entre le bras et le tronc un coussin cylindrique aux deux extrémités duquel étaient cousus deux rubans de fil destinés à être liés sur l'épaule opposée ; placé tout à fait dans l'aisselle, il ne descendait pas assez pour appuyer sur la côte fracturée. La fronde de cuir, conseillée par M. Boyer pour les luxations de l'extrémité scapulaire de la clavicule, fut appliquée à plein sur le coude, et les deux chefs en furent dirigés vers l'épaule opposée. Des boucles fixées aux chefs qui devaient se diriger devant la poitrine, sans s'étendre au delà du milieu de sa hauteur, servirent à arrêter les chefs qui passaient derrière le dos, ce qui devait permettre de serrer, lâcher ou resserrer le bandage

sans changer en rien la position du membre. Le tout fut entouré d'une ceinture faite avec une serviette pliée en long, qui tenait le coude fortement rapproché du tronc et était soutenue avec un scapulaire; enfin la main et l'avant-bras furent soutenus par une écharpe.

« La clavicule parut se reporter un peu en arrière dès que les aides eurent cessé d'agir; cependant la conformation de la région qu'elle occupe se rapprochait beaucoup plus de l'état naturel. Six mois après l'accident, il restait à peine quelques faibles traces de la luxation. Cependant, en regardant et en touchant attentivement la région de la clavicule on reconnaissait aisément que l'os faisait un peu moins de saillie. La clavicule luxée offrait une courbure moins prononcée, l'extrémité interne de l'os n'ayant pas repris totalement sa place accoutumée : un vide, à la vérité très-peu apparent, senti à la partie antérieure de l'articulation, et une légère saillie au-dessus indiquaient que l'extrémité interne de la clavicule, après avoir quitté l'endroit où elle avait été poussée dans la luxation, était restée un peu en arrière et s'était portée un peu en haut. Une pression un peu forte y causait une sensation désagréable qu'elle ne provoquait pas de l'autre côté. Les fonctions du bras étaient parfaitement libres, mais une légère douleur se faisait ressentir au côté correspondant du cou, quand le malade, dans la position horizontale, soulevait la tête. »

Pendant que j'étais interne à l'hôpital Saint-An-

toine, j'ai eu occasion de recueillir les observations suivantes sur les luxations de l'extrémité interne de la clavicule.

PREMIÈRE OBSERVATION.

*Luxation en arrière de l'extrémité interne de la clavicule gauche*

Le nommé Bailly (Georges), âgé de 42 ans, journalier, natif de Paris, demeurant rue Sainte-Marguerite, 34, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 1, le 9 avril 1839.

Après une chute de quinze pieds de hauteur, la région claviculaire ayant heurté des moellons, le malade éprouve une douleur vive. Arrivé à l'hôpital peu d'heures après l'accident, Bailly présente les caractères suivants : le bras gauche est immobile, pendant le long du corps; l'épaule du même côté est portée en avant, la clavicule ne présente pas, au niveau de sa convexité antérieure, le relief que forme celle du côté opposé; l'extrémité interne de la clavicule gauche se trouve placée à six ou huit lignes en arrière du plan formé par la face antérieure du sternum; la peau est déprimée en dehors de la surface articulaire sternale, la pression la plus légère applique la peau sur cette facette articulaire et sur le bord antérieur de l'extrémité sternale de la clavicule. Le bord an-

térieur de cet os forme, avec la surface articulaire sternale, un angle presque droit, dont le sinus regarde en avant.

Lorsque la pression exercée sur la peau vient à cesser, cette membrane est ramenée en avant par son élasticité : alors un espace triangulaire, à parois inégales en longueur, existe entre la peau, la clavicule et la surface articulaire du sternum ; la paroi interne de cette cavité triangulaire est formée par la facette articulaire sternale, la paroi antérieure par la peau, et la paroi postérieure par la clavicule. L'angle externe le plus aigu, éloigné d'un pouce environ de l'extrémité interne de la clavicule, correspond au point de contact de la peau et de cet os. L'extrémité de la clavicule, qui ordinairement domine, de quelques lignes en dehors, la fourchette du sternum, est placée au même niveau. L'extrémité interne de la clavicule chevauche de deux à trois lignes sur la face postérieure du sternum ; cette dernière disposition paraît être déterminée, en grande partie, par la contraction du muscle sous-clavier. Ce muscle a aussi pour auxiliaires les pectoraux, le trapèze et le rhomboïde.

La tête du malade est inclinée en avant et à gauche.

Le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital, une forte saignée lui est pratiquée. La luxation est réduite de la manière suivante : une des mains saisit le bras gauche par sa partie supérieure et le tire en dehors pendant que, de l'autre main, on pousse le

coude en dedans ; par ces deux mouvements combinés l'épaule est directement portée en dehors et la clavicule dégagée : alors l'épaule gauche étant poussée en arrière, l'extrémité interne de la clavicule reprend d'elle-même ses rapports naturels.

La luxation est maintenue réduite par l'application du bandage ci-dessous décrit, en ayant soin, toutefois, de placer le tampon *sus-claviculaire* le plus près possible de l'extrémité interne de l'os luxé. Les deux chefs de la bande motrice sont engagés sous le bandage *cubito-claviculaire*, à cinq ou six pouces seulement au-dessous du tampon, pour être ensuite réfléchis sur les parties antérieure et postérieure du même bandage, et fixés sur le côté droit de la poitrine.

Trois tours de bande passent sur l'épaule du côté luxé et embrassent obliquement la partie supérieure du tronc, en se dirigeant de droite à gauche et d'avant en arrière, à partir du premier chef. Cette bande a pour but de porter l'épaule en arrière et de l'y maintenir.

Le bandage est resté appliqué depuis le 9 avril jusqu'au 14 mai ; pendant ce laps de temps, la bande *motrice* a été resserrée quatre fois. Il a été nécessaire d'appliquer à deux reprises différentes la bande destinée à porter l'épaule en arrière.

Le 15 mai, jour de la sortie du malade, la clavicule paraît solidement fixée dans sa position normale ; les mouvements de cet os sont assez libres et s'exécutent sans produire le plus petit déplacement

capable de laisser des craintes sur le retour de la maladie.

Je ferai remarquer que le large contact des surfaces articulaires et l'action des faisceaux sterno-claviculaires du grand pectoral, ainsi que le muscle sous-clavier, s'opposent à la récidive de la luxation avec d'autant plus d'efficacité, que, dans les mouvements peu étendus de l'épaule, nulle puissance ne tend à porter en arrière l'extrémité interne de la clavicule. Cependant un mouvement brusque de l'épaule en avant déterminerait probablement la formation nouvelle de la luxation.

Pendant que la luxation existait, l'absence d'un cordon dur et peu dépressible, en arrière du bord supérieur du sternum, et s'étendant de l'extrémité interne de la clavicule droite à l'extrémité interne de la clavicule gauche, m'a fait penser que l'insertion du ligament inter-claviculaire à l'os luxé avait été détruite.

### IIe OBSERVATION.

*Luxation en haut de l'extrémité interne de la clavicule gauche.*

Gabriel Paris, âgé de quarante-trois ans, passementier, natif de Lyon, demeurant barrière Montreuil, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 10, le 4 octobre 1839.

Dans une lutte, le nommé Paris a été violemment

renversé sur le sol ; le moignon de l'épaule gauche et le côté correspondant de la tête ont frappé la terre : dans la chute, le choc le plus intense a été supporté par l'épaule, tandis que, par un mouvement de rotation de gauche à droite, la tête cherchait à s'y soustraire. Néanmoins, dans cette position, l'étendue existant entre l'épaule et la tête fut augmentée par l'inclinaison forcée de cette dernière à droite.

L'extrémité interne de la clavicule est placée au-dessus du bord supérieur du sternum, sur lequel elle appuie ; le doigt, étant promené de droite à gauche sur ce bord, vient heurter une saillie dont la hauteur est mesurée par l'épaisseur de l'extrémité interne de la clavicule. En faisant fléchir assez fortement la tête du malade sur la poitrine et déprimant la peau dans l'espace en forme de V situé entre les tendons des muscles sterno-mastoïdiens, on sent une surface lisse, triangulaire, qui regarde à droite, et dont la position est perpendiculaire au bord supérieur du sternum, avec lequel cette surface forme un angle droit. Le tendon du sterno-mastoïdien gauche est projeté en avant par l'extrémité interne de la clavicule, sur laquelle il s'aplatit en formant une courbure légère ; la concavité de cette courbure embrasse, de bas en haut, le tiers antérieur de la circonférence de l'extrémité claviculaire. En arrière, la clavicule se trouve cernée par le sterno-hyoïdien, d'où il résulte que l'extrémité interne de l'os luxé est logée dans une anse formée, en avant, par le tendon du sterno-mastoïdien ; en bas, par le bord supérieur du sternum ; et,

en arrière, par le sterno-hyoïdien. L'ouverture de cette anse regarde en haut.

Au-dessous du tiers interne de la clavicule, il existe une dépression très-évidente, que l'on augmente considérablement en exerçant sur la peau une pression modérée. L'enfoncement ainsi obtenu permet de constater ses limites formées supérieurement par la clavicule; inférieurement, par la première côte; en dedans, par la facette du sternum, s'articulant avec la clavicule; en dehors, la dépression diminue de hauteur et devient insensible à deux pouces environ du sternum. Le fond de cette dépression n'offrant au doigt d'autre résistance que celle qui lui est fournie par la peau, il est presque certain que le muscle sous-clavier est rompu. La rupture du ligament costo-claviculaire paraît démontrée par le défaut de résistance que nous venons d'indiquer, et l'écartement d'un pouce environ qui existe entre la première côte et la face inférieure de la clavicule.

Le ligament inter-claviculaire forme un cordon oblique de droite à gauche et de bas en haut. En raison du rapprochement de l'extrémité sternale de la clavicule gauche de l'extrémité correspondante de la clavicule droite, ce cordon est facilement dépressible, et permet d'explorer la surface articulaire de la clavicule luxée.

Le faisceau sternal du muscle mastoïdien est dur, tendu, assez fortement contracté, tandis que le faisceau claviculaire du même muscle se laisse déprimer d'une manière sensible dans sa partie inférieure.

La peau ne présente pas la plus légère ecchymose; cependant il semble qu'un peu de liquide soit épanché autour des surfaces articulaires.

Les mouvements de l'épaule sont impossibles ; la douleur est peu vive.

Le malade étant d'une constitution forte, une saignée de dix-huit onces lui est pratiquée.

La réduction est opérée ainsi : la tête du malade est fléchie sur la poitrine; une main appliquée sur la partie externe du coude gauche pousse le membre en dedans, pendant que l'autre main, placée à la partie interne et supérieure du bras, porte celui-ci fortement en dehors, et forme en même temps un point d'appui sur lequel la partie supérieure du bras bascule et entraîne l'épaule en dehors. Par ce mouvement, l'extrémité interne de la clavicule, facilement dégagée, tombe en produisant un léger bruit; elle se trouve alors dans ses rapports normaux.

Toute difformité a disparu; les mouvements sont possibles, mais douloureux; le déplacement ne se reproduit pas lorsque le membre est en repos. Le bandage cubito-claviculaire est appliqué; le tampon est fixé aussi près de l'extrémité interne de la clavicule que le permet la conformation des parties environnantes; la bande motrice est placée de telle sorte, que ses deux chefs antérieur et postérieur se renversent sur les parties correspondantes du bandage cubito-claviculaire, à quelques pouces au-dessous du tampon, pour gagner le côté droit de la poitrine, et y être noués ensemble sur cette région.

Tous les deux jours la bande motrice est dénouée pour être resserrée de nouveau.

Le 21 octobre, on enlève le bandage; il n'existe pas la plus légère difformité; les mouvements sont un peu roides, néanmoins le malade sort de l'hôpital après avoir promis de laisser, pendant une dizaine de jours, le membre dans un état de repos, pour lui imprimer ensuite des mouvements gradués.

« Les luxations de l'extrémité humérale de la clavicule ont lieu de deux manières, suivant Petit : 1° au-dessous, 2° au-dessus de l'acromion. Si l'on a égard à la disposition des surfaces articulaires, dont la supérieure est obliquement soutenue par l'inférieure; si l'on examine surtout le rapport de position de l'apophyse coracoïde avec la clavicule, il sera difficile de concevoir comment, sans une fracture simultanée, la première espèce de luxation peut s'effectuer. Cependant quelques faits ajoutés par Desault à la doctrine de Petit, sur ce point, paraissent démontrer la possibilité du glissement de la clavicule sous l'acromion. Quant aux luxations en avant et en arrière, la mobilité de l'épaule, la facilité avec laquelle elle cède aux mouvements qui lui sont imprimés dans ces deux sens, le défaut de résistance font que les deux os qui la composent se meuvent alors d'un commun mouvement et restent en rapport. »

*Du mécanisme et des signes.*

« Une chute sur le moignon de l'épaule est la plus fréquente cause de cette luxation. Taillées en plan incliné, les deux facettes articulaires glissent alors l'une sur l'autre, de manière que celle qui appartient à l'acromion est poussée en dedans, celle de la clavicule étant dirigée en dehors. La capsule se tend, se rompt et alors le déplacement s'annonce par une saillie contre nature sur l'acromion, par la gêne des mouvements de l'épaule; par la direction de cette partie sensiblement entraînée en dedans et en bas; par l'inclinaison de la tête du malade du côté luxé; par la courbure du tronc; par les vives douleurs à l'endroit du déplacement, caractères essentiellement distincts et qui doivent empêcher l'erreur de Galien, qui, dans un cas semblable, crut à une luxation de l'humérus en bas. Hippocrate et Ambroise Paré ont prévu cette méprise, contre laquelle ils ont mis en garde les premiers praticiens. Mais comme l'observe judicieusement le célèbre Sabatier, outre les signes de la luxation de la clavicule, la position de la tête de l'humérus sous l'aisselle, dans celle de cet os, évitera toute incertitude. »

*De la réduction et des moyens de la maintenir.*

« La réduction offre, en général, ici peu de diffité. L'acromion, porté en dehors par l'extrémité supérieure de l'humérus, sur lequel, au moyen d'un

corps résistant placé sous l'aisselle, on agit comme sur un levier du premier genre, se rétablit sans peine dans son contact naturel avec la surface correspondante de la clavicule. Mais bientôt on la voit de nouveau se déranger, si un appareil méthodique ne la retient et ne la fixe. Or, sur quelle base doit être construit cet appareil ? Destiné à prévenir le déplacement qui a lieu principalement de dehors en dedans, il doit évidemment agir de dedans en dehors; d'où il suit que l'action de tous les bandages en 8 de chiffre, recommandés ici par tous les auteurs, loin d'empêcher, favorise le déplacement, parce qu'elle l'exerce dans le sens des puissances qui le produisent. »

(*Extrait de l'ouvrage de* P. J. Desault *publié par* Bichat.)

Dans les articles sur les luxations de la clavicule, Boyer dit : « La plupart des auteurs ont admis deux espèces de luxations de l'extrémité externe de la clavicule : l'une en haut ou en dessus, et l'autre en bas ou en dessous. J. L. Petit rapporte que, quoiqu'il ait vu plus rarement la luxation en bas, il lui semble qu'elle devrait arriver plus souvent que la luxation en haut. Il nous paraît, au contraire, que l'obliquité des surfaces articulaires et le point d'appui que la base de l'apophyse coracoïde présente à la clavicule doivent rendre la luxation en bas extrêmement difficile ou, pour mieux dire, absolument impossible. En cela le raisonnement est parfaitement d'accord avec l'expérience : un grand nombre de faits

attestent la possibilité de la luxation en haut, et l'on ne pourrait pas en citer un seul bien avéré, en preuve de la luxation en bas. »

On lit, à l'article luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule, de l'ouvrage de Cooper, le passage suivant : « Il n'est guère possible que la clavicule puisse se luxer à son extrémité scapulaire autrement qu'en haut; je n'ai jamais vu cet os glisser sous l'acromion, cependant je ne voudrais pas nier la possibilité du déplacement. »

En publiant notre troisième observation de luxation de la clavicule, nous espérons dissiper le doute de M. Astley Cooper, et prouver que l'opinion formulée par Boyer pouvait être vraie, mais qu'elle a cessé de l'être.

### III^e OBSERVATION.

*Luxation en bas de la clavicule.* (Luxation en haut de l'acromion sur la clavicule droite.)

Legros, Marie, âgée de 30 ans, blanchisseuse, demeurant à Paris, faubourg Saint-Antoine, 175, est entrée le 20 juin 1839 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe n° 20.

Cette femme, d'une constitution lymphatique, est mariée et mère de quatre enfants. Il y a deux mois et demi, Marie Legros a éprouvé, en savonnant, une douleur vive dans l'articulation du coude droit, à la suite de laquelle son travail a été suspendu.

Le lendemain matin la douleur se fait sentir dans

l'épaule droite. La malade prétend qu'alors, dans les mouvements qu'il lui était possible d'exécuter, l'os de l'épaule était très-mobile et formait une bosse. Depuis cette époque, une douleur constante est fixée dans cette région. Malgré l'habitude qu'avait Marie Legros de faire plus spécialement usage du bras droit, elle est contrainte de se servir du membre opposé. Les règles n'ont point reparu. Une otorrhée qui persiste depuis cinq ans est attribuée, par la femme Legros, au mauvais traitement que lui a fait subir son mari. Les muscles fléchisseurs des doigts sont restés pendant trois mois dans un état permanent de contraction, la malade ne pouvait alors se soutenir sur ses membres inférieurs. Ces circonstances sont considérées par elle comme le résultat d'une tentative d'empoisonnement. (Cette femme est persuadée que son mari lui a fait prendre, dans ses aliments, des doses légères d'acide nitrique; un verre plein de cet acide, ayant été placé sur la cheminée par son mari, fut renversé par Marie Legros dont les soupçons commençaient à s'éveiller, dit-elle. En contact avec le carreau, la liqueur est entrée en effervescence; les éclaboussures (expression de la malade) ont brûlé ses vêtements. Les personnes accourues alors ont trouvé dans la cendre du foyer une bouteille d'acide nitrique. Le mari a déclaré qu'il était dans l'intention de s'empoisonner lui-même après avoir fait périr sa femme.)

Aujourd'hui 20 juin, jour de l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Antoine, le bras est pendant, dans

un état d'inertie, il lui est impossible d'élever la main jusqu'à la tête; sa puissance musculaire est de beaucoup inférieure à celle du bras gauche.

L'épaule semble séparée du tronc. L'extrémité externe de la clavicule est placée en arrière et au-dessous de la surface articulaire de l'acromion. Le peu d'embonpoint de la malade permet de reconnaître facilement, au contact, la forme ovalaire et lisse de la facette articulaire et surtout la concavité du bord interne de l'acromion que l'on suit très-bien avec le doigt. En parcourant de dedans en dehors la face supérieure de la clavicule et déprimant la peau à mesure que l'on approche de l'extrémité scapulaire, le doigt est dirigé par cet os sur le bord interne de l'acromion, au-dessous et en arrière de la facette articulaire dont on reconnaît très-bien la position sur un plan antérieur et supérieur à la clavicule engagée sous elle.

Le membre supérieur représente un levier du premier genre, dont le point d'appui est pris par l'acromion sur l'extrémité externe de la clavicule; la résistance a son siége dans l'omoplate et les muscles qui abaissent cet os et le rapprochent de celui du côté opposé; la puissance existe dans le poids du membre supérieur.

Les muscles trapèze, rhomboïde et grand dentelé, sont très-minces et dans un état presque complet d'atonie. Le bord interne de l'omoplate est tellement saillant en arrière et en dehors, que l'on peut, en déprimant les muscles qui s'y insèrent ou le recouvrent, placer

trois doigts dans le sens de leur épaisseur entre ce bord et les côtes correspondantes.

L'angle antérieur ou huméral du scapulum est porté en bas et en avant.

L'angle supérieur et postérieur est relevé et écarté du tronc.

L'angle inférieur est relevé et dirigé en arrière et en dedans; on peut, en saisissant cet angle, faire mouvoir très-facilement toute l'épaule.

Si l'on place une main à la partie interne et supérieure du bras droit de la malade, et que l'on cherche à écarter le membre du tronc pendant qu'avec la main libre on appuie en sens inverse sur le coude, on fait basculer le meuble sur la première main de manière à rapprocher le coude du tronc pendant que l'épaule s'en éloigne. Ce mouvement dégage la clavicule : alors, si l'épaule est portée en bas, la clavicule se trouve en regard du bord interne de l'acromion, et il suffit de diriger la partie supérieure du membre en arrière pour que le rapport entre les surfaces articulaires soit parfait. Les parties étant ainsi placées, il est possible de parcourir dans toute son étendue la face supérieure de la clavicule sans que le doigt soit obligé de déprimer la peau. Alors l'on suit et l'on voit cette membrane soulevée par l'os qui, naguère, laissait entre elle et lui un espace triangulaire fermé en dehors par le bord interne de l'acromion. Dans cet état, si le coude du membre malade est porté en avant et en dedans, la luxation reste réduite, et l'épaule conserve les rapports nor-

maux qu'elle a recouvrés; mais, si l'on écarte du tronc le coude en même temps qu'on le porte en arrière, ou si, au moyen d'un choc léger, on lui imprime un mouvement dans ces deux sens, aussitôt la luxation est reproduite et les surfaces osseuses reprennent de nouveau leurs vicieux rapports. Ces manœuvres peu douloureuses sont répétées six ou huit fois sous les yeux de M. Bérard.

Cette luxation s'est opérée presque à l'insu de la malade, laquelle, trop habituée AUX GALANTERIES de son époux, ne tenait aucun compte d'une dernière bastonnade reçue une quinzaine de jours avant l'invasion des premiers symtômes de la maladie.

Le bandage ordinaire des fractures de la clavicule fut appliqué dans cette circonstance, mais il était rendu complétement inutile par la facilité avec laquelle il se dérangeait; tandis que, sous d'autres rapports, il ne remplissait pas l'indication. Je crus devoir lui substituer le bandage indiqué sur la planche première, en ayant soin, toutefois, de placer une lame de carton dans le tampon et de disposer celui-ci de telle sorte qu'il appuyât également sur la clavicule et l'acromion; quelques-uns des tours de bande, après avoir passé sur le moignon de l'épaule, allaient obliquement s'engager sous les circulaires de la bande boulée autour du tronc, le plus près possible de la base de la poitrine, du côté correspondant à la luxation. C'est au-dessous de ces derniers lacs que s'engageait la bande, désignée sous le nom de motrice,

dont la disposition, d'ailleurs, devenait telle qu'elle est présentée sur la planche.

Chaque jour la bande motrice était serrée de nouveau, et son action, se communiquant aux lacs étendus des régions antérieure et postérieure du tronc à l'acromion qu'ils embrassaient par leurs arcades, exerçait sur l'épaule, en dehors de la clavicule et de haut en bas, une pression presque verticale.

Au bout d'un mois, le bandage a été enlevé; les surfaces articulaires étaient dans leurs rapports naturels, le déplacement ne s'opérait plus lorsqu'on faisait mouvoir le bras; mais il restait une faiblesse extrême et une roideur assez grande du membre. Cet état a été combattu par des bains gélatineux et des vésicatoires successivement appliqués sur l'épaule et autour de cette région; chaque jour on saupoudrait de strychnine la surface dépourvue d'épiderme, depuis trois jusqu'à huit centigrammes. La malade est sortie guérie, de l'hôpital Saint-Antoine, le 7 septembre 1839.

En 1841, remplissant de nouveau les fonctions d'interne dans le même hôpital, j'ai eu la satisfaction de m'assurer de la persistance des résultats obtenus.

IV^e OBSERVATION.

*Luxation en haut de l'extrémité scapulaire de la clavicule.* (Luxation en bas de l'acromion sur la clavicule droite.)

Louis-Alexandre Duval, jardinier, âgé de soixante ans, natif de Nogent-sur-Marne, demeurant à Saint-Mandé, Grande-Rue, 37, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François n° 19, le 18 octobre 1841.

Quelques heures avant son entrée à l'hôpital, Duval fut renversé dans le parc de Vincennes par un cheval qui, l'ayant heurté à l'épaule gauche, le lança violemment à terre. Dans cette chute, l'épaule droite et le côté correspondant portèrent sur le sol : les 6^e et 7^e côtes furent fracturées à leur partie moyenne; l'extrémité scapulaire de la clavicule droite, ayant été luxée, détermina dans la configuration de l'épaule les caractères suivants :

Le malade étant debout ou assis, les deux bras pendants le long du corps; les deux clavicules, appuyées sur les premières côtes, sont l'une et l'autre parallèles à l'horizon.

Du côté sain, le moignon de l'épaule est, à très-peu de chose près, à la hauteur de la clavicule, il semble prolonger le plan de la face supérieure de cet os. La forme générale de l'épaule est arrondie.

Du côté malade, le plan horizontal formé par la face de la clavicule est brusquement interrompu au

niveau de l'extrémité scapulaire de cet os. Le moignon de l'épaule, représenté par le bord externe de l'apophyse acromion, est placé à un pouce et demi au-dessous de la clavicule. L'épaule est rapprochée du tronc, de telle manière que l'espace compris entre l'extrémité externe de la clavicule et le bord externe de l'acromion se trouve diminué de six lignes. La distance qui sépare, de haut en bas, ces deux os est limitée extérieurement par la peau, laquelle, après avoir en quelque sorte drapé la clavicule, se précipite de haut en bas, pour former une surface dont l'inclinaison se rapproche presque de la verticale, et s'étaler ensuite sur le moignon de l'épaule. Dans ce trajet, cette surface cutanée a la forme d'un triangle équilatéral, dont un des angles correspond à l'extrémité scapulaire de la clavicule, et les deux autres aux extrémités du bord externe de l'acromion. En cet endroit, la peau se laisse déprimer avec une facilité si grande, qu'il est possible de loger trois doigts superposés entre la face inférieure de l'extrémité externe de la clavicule et la face supérieure de l'acromion. En avant et en arrière de cette surface, les faisceaux musculaires du deltoïde et du trapèze impriment à la peau, dans le sens de leurs directions, une légère saillie faiblement dépressible. Au-dessous des faisceaux du trapèze, il existe une dépression de cette membrane en rapport avec le muscle sus-épineux.

Il est possible, à travers les tégumens, de distinguer au toucher la facette articulaire de la clavicule.

Le bord interne de l'omoplate du côté gauche est

plus rapproché des apophyses épineuses que ne l'est le bord semblable de l'omoplate du côté opposé.

Le coude gauche est un peu écarté du tronc. Le malade incline la tête du côté de la luxation.

Ainsi il résulte des faits que nous venons d'énumérer que la clavicule occupe sa position naturelle ; tandis que l'omoplate a subi, par rapport au premier de ces os, deux déplacements principaux :

Le premier, de haut en bas, peu étendu au moment de la luxation, a été, bientôt après, considérablement augmenté par le poids du membre.

Le second déplacement, dans lequel le membre est rapproché du tronc, a été opéré par l'action du grand et du petit pectoral en avant ; en arrière par le grand dentelé, les faisceaux inférieurs du trapèze, le rhomboïde et le grand dorsal.

La position du coude écarté du tronc me semble devoir s'expliquer par l'action du grand pectoral et du grand dorsal sur l'extrémité supérieure de l'humérus, pendant que le deltoïde, dont l'insertion a lieu au-dessous de celle des muscles précédents, agissait sur l'extrémité inférieure de l'os du bras et portait le coude de dedans en dehors.

Il est évident qu'un déplacement aussi étendu ne peut avoir lieu sans la déchirure, 1° des ligaments coraco-claviculaires, 2° des ligaments et des faisceaux fibreux acromio-claviculaires.

La douleur est vive, les mouvements de l'épaule sont impossibles ; ceux du bras ont lieu dans des limites très-étroites et presque sans douleur,

sous l'influence d'une puissance étrangère au malade.

Un bandage de corps est appliqué dans le but de maintenir les côtes fracturées dans un état d'immobilité.

Après avoir constaté l'existence d'une luxation à laquelle on pourrait, à juste titre, donner le nom de luxation en bas de l'acromion sur la clavicule, j'ai opéré la réduction en plaçant la main droite à la partie interne du bras malade, pendant que la main gauche, appuyée sur la partie externe de son coude, le rapprochait du tronc et, par un mouvement de bascule, dégageait l'acromion. Cette apophyse, entraînée par l'humérus en dehors et en haut, venait présenter sa facette articulaire à la facette correspondante de la clavicule.

La réduction ainsi opérée est maintenue au moyen du bandage décrit plus bas.

Le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital, 18 octobre, une large saignée du bras lui est pratiquée.

Le 19, le malade éprouve une douleur assez vive dans le côté gauche; quelques accès de toux sont suivis d'une expectoration sanguinolente; la douleur de l'épaule a cessé depuis l'application du bandage. On prescrit au malade de la tisane pectorale sucrée, un julep diacodé, un bain de pieds sinapisé, le repos et la diète.

Les symptômes observés la veille diminuent pendant les jours suivants et disparaissent complétement

du 23 au 24 octobre, le même traitement ayant été continué pendant ce laps de temps.

Tous les deux ou trois jours le bandage est resserré, ainsi qu'il sera dit plus bas.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, le malade est mis au quart de régime ; quelques jours après, il mange la demie ; son état s'améliore avec une grande rapidité.

Le 6 novembre, Duval n'éprouve aucune souffrance dans la poitrine ou à l'épaule ; il se plaint seulement d'une légère douleur à l'avant-bras, laquelle est occasionnée par la compression du bandage dont l'action sur la peau est directe.

Le 14 novembre, le bandage est enlevé ; l'acromion et la clavicule sont dans leurs rapports respectifs ; nulle difformité n'est appréciable. Ce fait est constaté par M. le professeur Bérard, et quelques jours après par M. Denonvilliers.

Le premier sentiment d'engourdissement étant passé, le malade peut porter le bras dans toutes les directions.

L'avant-bras n'ayant pas été protégé par un bandage roulé, le petit doigt et l'annulaire sont restés dans un état d'engourdissement, effet de la compression exercée sur l'avant-bras. Quelques frictions avec un liniment opiacé et deux bains ont suffi pour rendre à ces organes leur liberté de fonctions.

Le nommé Duval est sorti guéri de l'hôpital Saint-Antoine, le 18 novembre 1841.

Six semaines ou deux mois après son départ, Du-

val a eu la bonté de se présenter à moi pour me permettre de constater sa guérison parfaite.

*Appareil pour maintenir réduites les luxations scapulaires et sternales de la clavicule* (1).

1° On appliquera sur le membre correspondant à la luxation des circulaires de bandes, lesquelles, partant de la main, remonteront sur l'avant-bras et le bras pour se terminer au niveau de l'aisselle.

2° Une bande large sera roulée autour de la partie inférieure de la poitrine; un des tours passera obliquement, d'arrière en avant, sur le bras et l'avant-bras, afin de maintenir le coude sur le côté de la poitrine.

3° Un tampon de huit à dix lignes d'épaisseur, de deux pouces carrés, formé de compresses pliées en plusieurs doubles, sera appliqué sur l'extrémité luxée de la clavicule. Le chef d'une bande neuve sera appuyé sur le tampon avec assez de force pour maintenir l'os dans sa position naturelle; cependant la bande déroulée sur la partie antérieure de la poitrine gagnera la région cubitale de l'avant-bras qu'elle contournera, en s'y appuyant fortement, pour longer,

(1) Pendant que cet article est sous presse, j'apprends de M. Denonvilliers qu'il a traité, à l'Hôtel-Dieu, un cas de luxation en haut de l'extrémité scapulaire de la clavicule, au moyen de mon bandage, et que le résultat a été parfait.

en remontant, la partie postérieure du bras et de l'épaule; gagner le tampon, recouvrir avec force le chef de la bande, et faire ainsi cinq à six fois le même trajet.

4° La partie moyenne d'une bande de trois à quatre mètres de longueur sera appliquée sur le côté de la poitrine opposé au bras malade, à deux travers de doigt au-dessous du sein; les deux chefs de cette bande seront portés sur les faces antérieure et postérieure du tronc, perpendiculairement au bandage *cubito-claviculaire;* chacun de ces chefs sera engagé sous la face profonde de ce bandage pour être réfléchi sur sa face superficielle, et de là, côtoyant les régions dorsale et sternale du tronc, gagner le côté de la poitrine opposé à la luxation, et être fixé par un double nœud sur la convexité de l'anse première que la bande a formée.

Chaque jour, pendant le premier septénaire, les nœuds de cette dernière bande, que nous appellerons *motrice*, seront relâchés; les chefs, tirés ainsi qu'il est indiqué sur la planche première, seront portés sous le bras et de nouveau fixés par deux nœuds sur le tronc.

Par ce mécanisme, on obtiendra une puissance qui agira perpendiculairement au bandage cubito-claviculaire. Alors le point d'action se trouvera divisé et réfléchi d'une part sur la clavicule, et de l'autre sur le coude, de manière à agir sur ces deux régions avec plus de force qu'il n'en faudra pour éviter tout déplacement, et assez de solidité pour que le bandage

puisse rester appliqué pendant plusieurs mois sans être renouvelé, si la nécessité s'en faisait sentir. Le soin essentiel, mais le seul à donner au bandage après son application, est de resserrer la bande motrice lorsqu'elle commence à se relâcher.